

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No 100

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Moiché MÉRENFELD

Né le 4 février 1908, à Marcouleschti (Roumanie)

AMYGDALECTOMIE A CHAUD

DANS LES

PHLEGMONS PÉRI-AMYGDALIENS

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Moiché MÉRENFELD

Né le 4 février 1908, à Marcouleschti (Roumanie)

AMYGDALECTOMIE A CHAUD

DANS LES

PHLEGMONS PÉRI-AMYGDALIENS

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (E) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL : Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LÉMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 HAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.

MM.

SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 GUÉNIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste ouvrage, faible
hommage de mon amour profond.*

A MES SŒURS

*Dont l'affection fut souvent pour moi un
grand réconfort.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté
de Médecine de Paris

Chef du service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

*Hommage de respectueuse gratitude
pour le grand honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de cette thèse.*

A M. LE D^r EMILE HALPHEN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chef du service d'O.-R.-L. à l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

*Nous dédions cette thèse dont il nous a
inspiré le sujet et nous le prions de bien
vouloir accepter le témoignage de notre
reconnaissance infinie pour nous avoir
accueilli dans son service où il ne cessa
de nous prodiguer son précieux enseigne-
ment avec une si cordiale bienveillance.*

A MM. BÉRARD, BUNEAU, WISNER, PEREZ,
DJIROPOULOS

*En témoignage de leur bienveillance et
de leur précieux enseignement.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

AMYGDALECTOMIE A CHAUD

DANS LES

PHLEGMONS PÉRI-AMYGDALIENS

AVANT-PROPOS

Tous les auteurs s'accordent pour mettre en œuvre à la phase de début d'un phlegmon périamygdalien le traitement médical dit abortif.

Nombreuses sont les méthodes dites abortives. Nous ne ferons que citer les principales.

Tout d'abord la méthode préconisée par notre maître le professeur agrégé Halphen. On injecte en plein voile dans la zone fluxionnaire 2 cmc. de Bacté staphiphage et immédiatement après on pratique une auto-hémothérapie de 10 cmc. dans la fesse. Cette méthode donne d'excellents résultats, et entraîne en outre la disparition de tous les phénomènes douloureux.

D'autres auteurs font des injections en plein voile d'argent colloïdal (Bourgeois),

Certains enfin agissent à distance du foyer inflammatoire soit par vaccin antipyogène (vaccin de l'Institut Pasteur, Propidon ou Bruschettini), soit par des injections intra-musculaires de l'électrargol.

Tous ces traitements ne réussissent qu'à la période présuppurative.

Il est évident que lorsque le pus est collecté il faut l'évacuer chirurgicalement. Jusqu'à ces derniers temps on se bornait à l'ouverture du phlegmon à la pince selon la méthode de Lubet-Barbon. Le lieu électif de drainage se trouve classiquement au milieu et légèrement en dedans d'une ligne venant de l'insertion de la luette au collet de la dernière grosse molaire supérieure.

C'est en ce point qu'après une anesthésie au Bonain, on enfonce la pince fermée, on la retire ouverte dilacérant ainsi les tissus et créant une boutonnière par où s'évacuera le pus. Mais cette méthode simple et excellente s'est avérée insuffisante dans nombre de cas.

Ces échecs ont suggéré à certains spécialistes l'idée de pratiquer un drainage plus large, c'est ainsi qu'est née l'amygdalectomie à chaud.

Cette méthode a soulevé à son début de vives critiques de la part de tous ceux qui, suivant l'opinion classique, ne pratiquaient l'amygdalectomie qu'après refroidissement complet des accidents aigus.

On l'accusait de favoriser les hémorragies post-opératoires, et surtout de disséminer au loin l'infection par septicémie.

Mais l'expérience a montré l'inanité de ces critiques, et sur les 150 amygdalectomies à chaud opérées dans le service de notre maître le professeur agrégé Halphen, nous n'avons jamais observé aucune de ces complications.

Bien mieux, comme on le verra plus loin en parcourant nos observations, le soulagement ressenti par les malades est plus rapide et plus constant qu'avec l'ouverture habituelle au bistouri ou à la pince, ceci se comprend aisément étant donné la certitude que l'on a d'avoir vidé sûrement et totalement la collection péri-amygdalienne. Ces faits nous ont permis de conclure à l'efficacité et à l'innocuité de cette méthode.

HISTORIQUE

Ce fut Chassaignac qui, le premier, tenta l'amygdalectomie à chaud.

Dans son *Traité de la suppuration et du drainage* (1859) cet auteur écrit en effet :

« Nous n'hésitons pas dans le cas de suppuration tonsillaire comme dans tous les cas d'amygdalites aiguës, à enlever la glande malade avec l'instrument de Fahnenstock modifié par nous et d'après les principes de notre procédé opératoire. Non seulement nous n'avons jamais vu survenir aucun accident à la suite de l'opération pratiquée, mais la disparition de tous les symptômes aigus et une cicatrisation rapide de l'amygdale incisée dans cet état en sont la conséquence ».

Cette méthode, malgré ses succès, fut abandonnée et ce n'est qu'en 1911 que Winkler pratique à nouveau l'amygdalectomie unilatérale et en obtient un bon résultat.

De même en 1919 Theisem la pratique avec succès dans plusieurs cas.

En 1927 Haardt traite par l'amygdalectomie 21 malades atteints d'un phlegmon péri-amygdalien, sa

technique est un peu particulière. Il incise auparavant le phlegmon, attend la chute de la température, et c'est seulement alors qu'il enlève l'amygdale malade.

Dans 2 cas il constate une légère infection post-opératoire.

Cette méthode a été reprise récemment par le professeur Canuyt sous le nom d'amygdalectomie à tiède et par le professeur Terracol sous le nom de l'amygdalectomie immédiate retardée.

Hofer en 1927 pratique après une légère anesthésie à l'éther, l'amygdalectomie à chaud dans 8 cas de phlegmons diffus et enlève en même temps l'amygdale saine. Pas de complications et guérison parfaite.

« Il résulte de nos expériences, écrit-il, que le danger de l'amygdalectomie à chaud dans les phlegmons aigus doit être complètement écarté ».

Heller en 1927 intervient par amygdalectomie unilatérale dans 48 cas de phlegmons péri-amygdaliens, il obtient de bons résultats sauf dans 2 cas. L'un était celui d'un malade qui présentant une leucémie myéloïde mourut 14 jours après l'intervention. L'autre était celui d'un enfant de 3 ans 1/2 qui présentait un phlegmon diffus du pharynx pour lequel l'amygdalectomie à chaud n'amena pas la guérison.

Basavilbaso en 1929 et Taptas à la même époque observent des bons résultats dans plusieurs cas d'amygdalectomie à chaud. Mais ce n'était là que des tentatives isolées.

C'est seulement en 1931 après les travaux du professeur Canuyt que l'amygdalectomie à chaud devient

une intervention courante. Cet auteur par une suite intéressante de recherches anatomo-cliniques précise le siège habituel de la collection purulente et démontre que le seul drainage logique et suffisant est l'amygdalectomie à chaud.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La localisation du foyer de suppuration a prêté à de nombreuses discussions.

Killian et His, Ricardo Botey et Petterson pensaient que la fossette sus-amygdalienne de Sappey jouait un rôle indéniable dans la genèse phlegmoneuse.

Chiari et Coble après une série de travaux aboutirent à la conclusion que le phlegmon péri-amygdalien naissait dans l'espace préstylien. Kowler au contraire prétendait que le siège anatomique exact du phlegmon était le voile du palais.

La théorie la plus plausible est celle déjà défendue par Chassaignac, Verneuil et Broca. Chassaignac conclut à une cellulite suppurée et dit : « Le phlegmon, pris dans un sens général, désigne toutes les inflammations. Pris dans un sens particulier il s'applique à l'inflammation spéciale du tissu cellulaire libre. Ce mot tissu cellulaire libre indique le tissu cellulaire qui n'est pas combiné d'une manière intime avec le tissu propre des organes. Du reste il faut bien le dire ces distinctions n'ont qu'une valeur contestable. Ne désigne-t-on pas tous les jours sous le nom de phlegmon de la langue, de l'utérus, de la prostate, non seulement l'inflammation du tissu cellulaire qui en-

ture ces organes, mais même l'inflammation de celui qui est combiné avec leur substance intime ».

C'est à Verneuil que l'on doit la création du terme « phlegmon péri-amygdalien », terme devenu classique.

Il écrit : « Le phlegmon siège dans le tissu cellulaire qui enveloppe l'amygdale. L'amygdale n'adhère que d'une façon très lâche, très peu intime à la loge qui la renferme; en effet, à chaque mouvement de déglutition l'amygdale est mise en mouvement et se balance, très mobile dans le fond de la cavité buccale. Sous l'influence de ces déplacements continuels de la masse glandulaire le tissu conjonctif qui la retient du côté externe devient aussi plus lâche; il se forme une sorte de bourse séreuse virtuelle entre l'amygdale et la paroi de la loge comprise entre les deux piliers du voile du palais. C'est précisément dans ce tissu cellulaire que se produit l'inflammation. C'est là qu'apparaît le phlegmon ».

Cette délicate question du siège anatomique des phlegmons de l'amygdale a été résolue par les travaux du professeur Canuyt (1931-1933). Par des dissections minutieuses sur le cadavre, par des injections systématiques de lipiodol suivies de radiographies sur les malades atteints de phlegmon d'amygdale cet auteur arrive aux conclusions suivantes :

1^o Il existe une lame de tissu cellulaire, véritable plan de clivage entre la capsule amygdalienne et la paroi musculaire formée par les constricteurs du pharynx ;

2^o La zone d'adhérence normale au tiers inférieur de

la loge est due à la présence du hile vasculo-nerveux.

Le pus clive entre la capsule amygdalienne et l'aponévrose pharyngée, dépassant exceptionnellement le plancher de la fosse amygdalienne, mais remontant souvent dans la fossette sus-amygdalienne pour fuser sous le voile.

A la suite de ces constatations le Professeur Canuyt reproche avec raison à la méthode de Lubet-Barbon le fait de n'évacuer qu'incomplètement la poche purulente, et de n'assurer qu'imparfaitement le drainage.

Très souvent, en effet, après ouverture du phlegmon à la pince on est obligé le lendemain de l'intervention de faire passer une sonde ou la pince de Lubet-Barbon pour ouvrir la collection et pour drainer le reste de pus et de sang.

L'amygdalectomie à chaud au contraire en supprimant le couvercle qui obstrue la poche de pus met à plat la collection sans qu'aucune intervention ultérieure soit nécessaire pour compléter le geste opératoire.

L'amygdale enlevée avec sa capsule, le pus est vidé complètement, et nous apercevons la membrane pyogène qui formait la coque profonde du phlegmon, et qui servira ultérieurement comme barrière impénétrable à l'infection.

BACTÉRIOLOGIE

D'après nos recherches bactériologiques, les suppurations des phlegmons péri-amygdaliens sont dues le plus souvent au staphylocoque doré.

Cependant nous avons trouvé dans certains cas le streptocoque hémolytique qui était associé au staphylocoque doré.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES

L'indication première de l'amygdalectomie à chaud est l'évacuation de la collection purulente.

Une question se pose donc : celle de savoir si le phlegmon est arrivé au stade de suppuration.

Dans certains cas le diagnostic est évident.

Le voile et le pilier antérieur paraissent tendus, il existe un œdème de la luette, le malade, outre des signes généraux et fonctionnels intenses, accuse de violentes douleurs spontanées et surtout se plaint d'un trismus très marqué.

Ce trismus par ailleurs gêne souvent l'examen local.

Mais on pourra facilement le faire céder par la méthode de notre maître le Professeur agrégé Halphen: attouchement au liquide de Bonain du ganglion sphéno-palatin.

D'autres fois les signes cliniques sont plus atténués et le diagnostic de la collection suppurée peut rester hésitant.

C'est alors qu'après anesthésie au liquide de Bonain nous pratiquons la ponction exploratrice.

Sa technique est simple. Nous nous servons d'une longue aiguille d'assez fort calibre montée sur une seringue de Pravaz. A vrai dire nous pratiquons systématiquement la ponction exploratrice.

Cette technique permet d'abord d'affirmer l'existence du pus, et surtout d'en examiner ses caractères et d'en pratiquer un examen bactériologique.

Un autre avantage de la ponction exploratrice est en soustrayant une partie du pus de la collection de diminuer la tension de la poche purulente et de permettre ainsi, sans aucune douleur, l'injection ultérieure de novocaïne. L'amygdalectomie à chaud n'offre aucun inconvénient. Mais l'amygdalectomie ne doit porter que du côté malade. En effet du côté atteint il existe, comme nous venons de voir, une membrane pyogène, véritable barrière contre les hémorragies et contre l'infection. Du côté sain au contraire il n'existe aucune membrane de défense et sur cette plaie amygdalienne pourront venir se greffer les germes de la collection purulente voisine.

Donc jamais d'amygdalectomie bilatérale sauf dans les cas, d'ailleurs rares, des phlegmons bilatéraux.

S'il y a indication d'amygdalectomie du côté non opéré, celle-ci ne sera pratiquée qu'après disparition des phénomènes infectieux du côté malade.

En résumé : il ne faut pratiquer l'amygdalectomie à chaud que du seul côté atteint mais surtout faut-il qu'il existe une collection purulente ;

Dans les cas seulement où il existe une mem-

brane pyogène, véritable défense des risques opératoires.

Les contre-indications opératoires résultent de non observation de ces deux principes fondamentaux, on serait tenté de dire qu'il s'agit d'erreur de diagnostic.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La technique opératoire de l'amygdalectomie à chaud est, dans ses temps essentiels, celle de l'amygdalectomie ordinaire. Cependant nous insisterons sur quelques points particuliers.

L'instrumentation est celle de toute intervention sur l'amygdale, cependant au lieu du décolleur ordinaire on trouve grand avantage à se servir de la curette de Volkmann qui, coiffant plus aisément le pôle supérieur de l'amygdale, permet un clivage plus facile. On a intérêt également à se servir d'un abaisse-langue aspirateur qui supprime au malade tout risque de déglutition de liquide sanguinolent ou purulent.

Une première difficulté opératoire peut résider dans l'impossibilité qu'a le malade d'ouvrir largement et spontanément la bouche. Nous avons vu précédemment qu'on pouvait faire rapidement disparaître ce trismus.

Voici la méthode de notre maître Halphen. On introduit dans la fosse nasale entre le cornet moyen et la cloison jusqu'au niveau de l'ostium sphénoïdal, un porte-coton recourbé à son extrémité et imprégné de mélange de Bonain.

Les fibres trigémino-sympathiques ainsi anesthésiées le trismus cède.

Cette petite manœuvre étant effectuée, le malade ouvre largement la bouche.

Anesthésie.

Le mode d'anesthésie de choix est l'anesthésie locale à la novocaïne à 1 pour 200. Les points d'injection sont : a) en haut à l'union des piliers ; b) en bas à la base du pilier antérieur ; c) mais surtout il faut injecter au niveau de la base de l'amygdale et enfoncer l'aiguille à 2 cm. environ en profondeur vers le haut et en dehors (Canuyt).

Nous complétons cette anesthésie par un badigeonnage des piliers et de l'amygdale au liquide de Bonain.

On attend 5 minutes pour que l'imprégnation anesthésique se réalise.

Opération.

PREMIER TEMPS.

On dissocie à la faux de Ruault l'ogive amygdalienne (ce qui entraîne le plus souvent l'apparition de quelques gouttes de pus) et retournant la faux de haut en bas, on décolle le pilier antérieur en sectionnant en plein muqueuse de ce pilier.

Une partie de cette muqueuse reste adhérente à l'amygdale et disparaîtra avec elle. Cependant par

suite de modifications des rapports normaux de l'amygdale, il ne faut pas craindre de faire une incision assez large du voile.

DEUXIÈME TEMPS.

On saisit l'amygdale avec une pince de Bourgeois et on l'extériorise, cependant qu'une grosse curette de Volkmann cherchant à s'introduire vers le pôle supérieur coiffe le sommet de l'amygdale. A ce moment le pus jaillit sous pression et un aide avec l'abaisse-langue aspirateur cherche à aspirer le pus au-dessus de l'amygdale le long de la paroi pharyngée que la curette va cliver. En abaissant l'amygdale avec la curette l'autre main l'attire en dehors par l'intermédiaire de la pince de Bourgeois. Le décollement se fait donc comme dans l'amygdalectomie ordinaire, cependant les tissus sont moins souples que normalement il donnent l'impression de « carton mouillé », cèdent donc facilement sous l'effort de la curette.

TROISIÈME TEMPS.

Lorsque le décollement paraît suffisant une anse froide achève l'opération en sectionnant l'amygdale décollée.

On aspire encore le reste de débris de pus et de sang et la loge apparaît merveilleusement nette et exsangue.

Le soulagement est immédiat. Aucun soin post-opératoire.

Suites opératoires.

La température, dès le lendemain, redevient normale.

L'alimentation peut être reprise le lendemain de l'opération.

Dans l'amygdalectomie habituelle la douleur post-opératoire, tout au moins chez l'adulte, est toujours très vive et dure 4 à 8 jours. L'alimentation est gênée. Dans l'amygdalectomie à chaud la douleur post-opératoire est minimisée.

Ce résultat s'explique par l'existence de cette fausse membrane protectrice, barrière contre l'infection, contre l'hémorragie et contre la douleur.

Le cinquième jour le plus souvent la loge est nette et en bonne voie de cicatrisation.

Statistique.

Sur 150 cas que nous avons opérés ou vu opérés nous n'avons jamais observé aucune complication et la guérison s'est effectuée en 4-5 jours.

OBSERVATIONS

Nous ne rapporterons pas toutes les observations des malades atteints de phlegmons péri-amygdaliens et traités par l'amygdalectomie à chaud dans le service de notre maître Halphen.

Elles se ressemblent toutes ; nous ne citerons que quelques-unes prises au hasard.

OBSERVATION I

M. P. G..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 10 novembre 1932 pour une dysphagie qui date depuis une semaine. La température est à 39°. Trismus marqué.

L'examen montre une tuméfaction de la région amygdalienne gauche et œdème de la luette. La ponction ramène du pus. On pratique l'amygdalectomie à chaud. Le lendemain amélioration très nette. La dysphagie a disparu. Température à 38°. Pas de douleurs, pas d'hémorragies. Localement plaie en voie de cicatrisation. Le surlendemain apyrexie et guérison.

Sortie de l'hôpital le 15 novembre 1932.

OBSERVATION II

M. Z. M..., âgé de 27 ans, entre à l'hôpital le 18 avril 1933 pour dysphagie complète depuis 3 jours succédant à quelques jours d'angine gauche.

Température 38°, trismus modéré, localement rougeur et œdème de la région amygdalienne gauche. Œdème de la luette. La ponction ramène du pus. Amygdalectomie à chaud. Le lendemain température 37°4. Suites opératoires normales. Guérison en 6 jours.

OBSERVATION III

Mme B. S..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 9 mai 1933 pour dysphagie intense depuis 4 jours.

Température 37°8. Trismus. Localement voussure du voile à gauche et œdème de la luette. La ponction ramène du pus.

Amygdalectomie à chaud. Température le lendemain 37°. Le trismus a complètement disparu. Très légère dysphagie. Etat général bon. Guérison et sortie le 12 mai 1933.

OBSERVATION IV

Mme B..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 6 juin 1933 pour dysphagie absolue depuis 4-5 jours, trismus, température à 38°4, voussure du voile, gros œdème de la luette. La ponction ramène du pus.

Amygdalectomie à chaud. Le lendemain la température est à 38° le sur lendemain 37°4. Guérison et sortie le 9 juin 1933.

OBSERVATION V

Mme B. M..., âgée de 19 ans, entre pour dysphagie le 9 juin 1933. Malade pâle, fatiguée, température 37°6.

Signes locaux peu accentués. La ponction nous ramène du pus.

Amygdalectomie à chaud. Guérison en 3 jours.

CONCLUSIONS

1° L'amygdalectomie à chaud semble être le traitement rationnel des phlegmons péri-amygdaliens,

2° Par la présence d'une membrane pyogène elle n'offre aucun danger.

3° L'amygdalectomie à chaud doit être toujours unilatérale sauf dans les phlegmons bilatéraux (très rarement).

4° L'amygdalectomie à chaud est la seule technique qui permet la mise à plat de tout le foyer de suppuration.

5° Donne une guérison plus rapide.

6° Elle est moins douloureuse que la simple incision à la pince.

7° Elle évite une opération ultérieure à froid, opé-

ration souvent difficile et pénible par la présence du tissu cicatriciel.

8° Elle est la seule méthode qui évite toute récurrence de phlegmon péri-amygdalien.

Vu : le Président de la thèse,
P. LEMAITRE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Basavilbaso*. — L'extirpation totale des amygdales dans quelques-uns de leurs processus aigus (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 30 novembre 1929, n° 22, p. 625).
- Canuyt et Horning (T.)*. — Les abcès de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale à chaud (Paris médical, 2, 199, 203, 5 sept. 1931).
- Canuyt*. — Abcès péri-amygdaliens. Etude expérimentale. Résultats. Déductions chirurgicales (Annales O.-R.-L., janvier 1931, p. 61).
- Les phlegmons de la loge amygdalienne (Annales O.-R.-L., n° 2, février 1933).
- Chassaignac*. — Traité de la suppuration et du drainage, Paris, 1859.
- Haardt*. — Zur frage des Zeitpunktes der tonsillektomie beim peri-tonsillabcess (Wien. klin. Wochens., 40, 1173-1174, 15 sept. 1927).
- Halphen*. — Communication à la Société de Laryngologie des hôpitaux de Paris, 16 janvier 1933.
- Hofer*. — Die Tonsillektomie bei phlegmonosen und abszedierungen. Processen an den Tonsillen (Wien. klin. Wochenschr., 40, 720-722, 2 juin 1927).
- Leicher (H.)*. — Tonsillektomie bei peritonsillärem abscess (Klin. Wochenschr., 6, 896, 7 mai 1927).

Louis H. Leroux. — Le traitement des abcès péri-amygdalien par l'amygdalectomie à chaud (Presse médicale, 31 décembre, n° 105, p. 1984).

Taptas. — De l'amygdalectomie par déchirement du pédicule. L'amygdalectomie dans les phlegmons péri-amygdaliens (Annales O.-R.-L., novembre 1933).

